

Zukunft Reha 2030: Mobile Rehabilitation

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann,

BAG Mobile Rehabilitation e. V.

Deutsche Rheuma-Liga

Vortrag

beim REHAFORUM 2023, Düren 7.3.2023

Interessenskonflikte

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann ist

- Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
- Mitglied des Vorstandes der Deutschen Rheuma-Liga (Bundesverband und Landesverband Rheinland-Pfalz)
- Mitglied des Vorstandes der BAG Mobile Rehabilitation (BAG MoRe)
- Landesarzt für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz

Interessenskonflikte i.S. der Vorschriften der Ärztekammer Nordrhein bestehen nicht.

Mobile Rehabilitation

Mobile Rehabilitation ist ein anerkanntes, aber immer noch wenig umgesetztes Konzept der ambulanten wohnortnahen medizinischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 1 SGB V), bei dem

- ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen
 - durch ein interdisziplinäres Team (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Rehabilitationspflege, Ernährungsberatung, Neuropsychologie und Sozialberatung)
 - unter ärztlicher Leitung
 - in der Häuslichkeit des Rehabilitanden selbst
 - auf der Basis eines Rehabilitationskonzeptes
 - mit gesicherter Struktur-, Prozess und nachgewiesener Ergebnisqualität
 - durch eine wohnortnahe Einrichtung (maximale Entfernung: 30 Minuten Fahrzeit)
 - auf der Grundlage eines Vertrages nach § 111 c SGB V
- erbracht werden.**

➔ **Nicht:** additive Heilmittel mit Hausbesuchen.

➔ **Aktuell:** Fast ausschließlich **mobile geriatrische Rehabilitation**

Daten zur MoRe aus der Basisdokumentation des KCG 2021

- 2664 Rehabilitand*innen in 20 Einrichtungen
- Altersdurchschnitt: 83 Jahre, 2% < 60 J
- 85 % pflegebedürftig nach SGB XI
- 30 % im Pflegeheim, 6 % in der Kurzzeitpflege
- 82 % aus dem Krankenhaus (Anschlussreha), 15 % aus vertragsärztlicher Versorgung, < 1 % aus der Pflegebegutachtung
- Hauptindikationen: Femurfraktur, Gangstörung, Hirninfarkt sowie begleitend Demenzen: Geriatrische Patienten.
- Verbesserung Barthel-Index im Mittel 15,2 Pkte (Ausgang 47,1), bei 11 % keine Verbesserung, bei 2% Verschlechterungen
- Behandlungstage (mind 1 TE) in Regeleinrichtungen im Mittel 25 innerhalb von 58 Tagen (Sondereinrichtungen 21/58)
- In 37 (47 %) Verlängerungsanträge, Genehmigungen 91 (97 %)
- 1-2 Behandlungen am Tag 45 (60) Minuten
- Nettotherapiezeit im Durchschnitt 241 Minuten/Woche.

Mobile Rehabilitation: Entwicklung und Stand

- **Modellprojekte** an verschiedenen Standorten zwischen 1991 und 2005
- **Gesetzliche Verankerung** der MoRe in § 40 Abs. 1 SGB V seit 2007 (GKV)
- **MoRe ist vom Sicherstellungsauftrag nach § 36 SGB IX umfasst** : „Die Rehabilitationsträger wirken gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen.“
- **Wie weit reicht dieser sog. Sicherstellungsauftrag?**
- **Wer ist dafür verantwortlich, dass die benötigten Rehaeinrichtungen und Dienste zur Verfügung stehen?**
- **Bislang Treiber der Entwicklung: Die Leistungserbringer.**
- **Bleibt das so angesichts (allgemein) schwieriger werdender Rahmenbedingungen?**

Mobile Rehabilitation: Entwicklung und Stand

Zentrale Bedeutung für einen Entwicklungsschub:

Gemeinsame Empfehlungen zur Mobilen Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenverbände vom 1.6.2021

Sie schaffen einheitliche und praktikable Grundlagen für die Leistungserbringung:

- **Erweiterte und konkretisierte Indikationen**
 - Aufgabe des Ausschließlichkeitsprinzips
 - Am geeignetsten:
 - Betonung Adaptiver Strategien
 - Bedeutung der Kontextfaktoren
- **Synergien von vorhandenen Einrichtungen mit MoRe nicht nur in der Aufbauphase (Personaleinsatz) möglich**
- **Klare und leistbare Anforderungen**
- **Schwerpunkt: Geriatrische Rehabilitation**
- **Indikationsspezifische MoRe: angelegt, noch wenig spezifiziert.**
- **Es fehlen: Indikationsübergreifende und psychiatrische MoRe**

Mobile Rehabilitation: Stand und Refinanzierung

- **21 Städte mit 24 Standorten** (23 geriatrisch, 1 neurologisch)
 - **Aktuelle Antragsverfahren durch weitere 6 Träger**
 - **Schwerpunkt der Neugründungen ist Bayern (10 Einrichtungen)**
- **Anschubfinanzierung 25 000 € in Bayern**
- **Konsolidierung der Refinanzierung in 2 Modellen**
 - Vergütung je **Hausbesuch: Regelmodell**
 - **Entgelt +/-100 €** je Hausbesuch (mind. 45 Minuten)
 - Vergütung als **Tagessatz: Bayrisches Modell**
 - **Entgelt >< 135 € je Behandlungstag** (mehr als 60 Minuten Nettotherapiezeit am Patienten)
- **Umsätze variieren stark je nach Größe und Personalbesetzung.**
 - **1 Einrichtung = 1 Team** = ca. 0,5-1,2 Ärzte und Therapeuten nach Schlüssel der GE (KG,ET,Logo, Soz.arbeit, andere)
 - **Erfahrungswert: 1 Team mit 1 Vzst Arzt kann zwischen 160 und 200 Klienten im Jahr** betreuen. (abhängig u.a. von der Zahl der Hausbesuche und der Verlängerungen)
 - **Je nach Größe (nur vom Personalbestand abhängig) werden zwischen 450 000 und 950 000 € umgesetzt.**

Träger von MoRe

- **Geriatrische Kliniken (Stationär nach §§ 109, 111 SGB V)**
- **Ambulante Rehasentren (z. B. Bad Neuenahr)**
- **Zentren sozialer Dienste (Pflege, Therapie, Frühförderung etc., z.B. Chemnitz)**
- **Stationäre und ambulante Altenhilfe (z. B. Bremen)**
- **Neugründungen auch durch Einzelpersonen als GmbH (z.B. Traunstein)**
- **1 Schließung in 2022 (Bad Kreuznach)**

Fast alle Träger nutzen Synergien – nur 2 Einrichtungen sind solitäre Einrichtungen

- **Verwaltung**
- **Räume**
- **Entlassmanagement**
- **Personal: geteilter Einsatz und Vertretungsregelungen.**
 - **Ärztlicher Dienst (Oberarzt)**
 - **Therapeuten**
 - **Neuropsychologie**
 - **Sozialdienst**
- **Teambildung für MoRe von großer Bedeutung: Keine Springerlösungen**

Träger von MoRe: Problemlagen

Große Zurückhaltung bei Neugründungen

- Alte Vorurteile /Bedenken bzgl. Refinanzierung
- Kein Investorenmodell (keine Immobilien, keine Wertschöpfungsketten, Risiken schwer kalkulierbar, etc.),
- Managementprobleme: Inkompetenz/Mangelnde Erfahrung/Institutionsgebundenes Beharrungsvermögen/Trägheit, Motivation?
- Aufwand für das Management?
- Außer in Bayern bislang kein politischer Schwerpunkt.

Aktuelle Problemlagen:

- **Personalgewinnung wegen Fachkräftemangel schwierig !?**
- **Bei Schließung von eigenen Betten/Plätzen ist neues Angebot schwer vorstellbar.**
- **Finanzielle Schieflagen/Belastungen/max. Auslastung des Managementpersonals**
- Lohnt sich der Aufwand – Benefit?
- ➔ **Klassisches Managementproblem: Akute Handlungsbedarfe vs. Vernachlässigung langfristiger Strategien??**
- ➔ **Antizyklisches Verhalten erforderlich v.a. angesichts des Pflegenotstandes.**

Indikationsbereiche

- **Geriatrische Rehabilitation**

- Auch nach geriatrischer Frühreha
- Meist nach Krankenhausaufenthalt (Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Innere Medizin/Intensivbehandlung, auch aus Geriatrie)

- **Neurologie (1 Einrichtung, geringe Patientenzahlen)**

- Standortsspezifische Konzeption vorhanden, wenig Erfahrungen
- Geringe Patientenzahlen – sehr enge Kooperation mit ambulanter Reha
- Geriatrische Patienten inkludiert

- **Bislang: keine indikationsspezifische MoRe**

- Bedarf neben der Geriatrie oder Neurologienur in Einzelfällen
- Insofern nur in Ballungszentren betreibbar,
- keine erprobte Modellkonzeption

- **Keine Indikationsübergreifende MoRe**

- Aus fachlicher Sicht (Nutzung des biopsychosozialen Modells) gut darstellbar, Erfahrungen liegen vor (Standort bad Kreuznach)
- Aber: es fehlt noch eine konsentierende Konzeption
- Unklare Bedarfslagen (dazu aktuelles Forschungsvorhaben in Freiburg)
- Bedarfe von jüngeren und behinderten PatientInnen werden z.T. durch geriatrische Einrichtungen abgedeckt.
- Mangelnde Bereitschaft der Kostenträger, sich auf indikationsübergreifende Konzeptionen einzulassen.

Neuer Indikationsbereich Psychiatrie: mobile psychiatrische Rehabilitation

- **Breite Bedarfsanmeldungen u.a. aus**
 - Psychiatrie-Dialog des BMG
 - Projekt „Rehainnovativen“ (BMAS)
 - BAG RPK
 - FA Psychische Beeinträchtigungen der DVfR (Fachtagungen 2022)
 - Noch ohne quantitative Bedarfsabschätzung
- **Patientengruppe v.a. aus stationärer Behandlung bislang ohne Rehaangebot (außer RPK)**
 - **mit** schweren psychischen Erkrankungen
 - Erhebliche Beeinträchtigungen der Alltagsbewältigung
 - Erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen
 - Recovery-Ansatz sowie erst mittel – oder langfristig: return to work
- **Modellprojekt RESET in Stuttgart abgeschlossen**
 - Als Anschlussreha, auch aus der vertragsärztl. Behandlung.
 - Einbettung in Gemeindespsychiatrische verbünde
 - Konzeption mit AOK und MD Ba-Wü konsentiert
 - Leistungs- und Vergütungsvereinbarung wird angestrebt.
- **Positionspapier der BAG RPK aufsuchende Reha – Settingfragen**
 - Option für eine Erweiterung des Leistungsspektrums der RPK

Bedarfslagen - Bedarfsdeckung

- **Zur Versorgung des in der GE benannten Personenkreises (geriatrische Patienten, für die MoRe die am besten geeignete Rehaform darstellt) wird ein Mobiles geriatrisches Rehateam je 200 000 Einwohner benötigt. Dies bedeutet ca. 400 Einrichtungen in der BRD.**
- Diese sollten jeweils 160 – max. 200 Rehabilitan*innen versorgen, inkl. ca. 10-15 schwerstbehinderten jüngeren Menschen (anspruchsberechtigt für Eingliederungshilfe) sowie postakut 20-30 jüngere Menschen mit Rehabedarf. (Untersuchungen des Landesarztes für Körperbehinderte)
- Andere Rehaformen sind für diesen Personenkreis nicht gleichermaßen geeignet, dieser ist also zwingend darauf angewiesen.

Weitere Argumente:

- Von Heimbewohner*innen (Pflege) wird überwiegend nur MoGeRe gewünscht und akzeptiert.
(Janssen et al 2018)
- Entlastung stationärer Krankenhausbereiche durch Ermöglichung von (früher) Entlassung, relevant z.B. auch während der Pandemie
- Während Pandemien leichter durchführbar als stationäre Reha mit geringen Ansteckungsquoten
(Befragung der BAG MoRe, Bericht BAG MoRe Warnach et al. 2022)
- Keine Verdrängungseffekte gegenüber anderen Rehaformen feststellbar: Andere Klientel
- Auch bei Mangel an Pflegefachkräften betreibbar (s.u.)
- Entlastung von Angehörigen, Haus- und Vertragsärzten sowie niedergelassenen Therapiepraxen

MoGeRe und Pflege

1. Der Bedarf an Pflegekräften für die Durchführung einer MoRe ist deutlich geringer als bei einer stationären geriatrischen RehaMaßnahme: Schlüssel stat.: 1: 1,4 (2,0) mobil 1: 10 (15) (ca. 8-10 Pflegekräfte weniger für 20 Patienten). **MoRe ermöglicht deshalb Reha auch bei Pflegefachkräftemangel.**
2. Der **Bedarf an Pflegekräften im ambulanten Setting** wird vermindert (je MoGeRe > 6 VZ Pflege /Jahr)
3. Der **Bedarf an Pflegeplätzen** wird in der Versorgungsregion reduziert (je MoGeRe 6-15 Plätze innerhalb von 2 Jahren)
4. Die **Pflege durch An- und Zugehörige sowie Mitarbeitende in Pflegeheimen wird deutlich erleichtert**, die durch sie zu leistenden Pflegestunden werden durch MoRe verringert. Oft wird dadurch erst die Pflege für die Angehörigen leistbar.
5. Gleichzeitig werden Selbständigkeit und selbstbestimmte Teilhabe der Betroffenen nachhaltig gefördert.
6. Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird ermöglicht, Heimeinweisungen werden reduziert. (s. 3.) Dies gilt u.a. dann , wenn die MoRe in der Kurzzeitpflege beginnt.
7. Ein großer Träger von Pflegeeinrichtungen nutzt die Kompetenzen des Mobilen Rehateams zur Pflege-, Teilhabe- und ggf. Rehaplanung. (Dies führt u.a. zu hohem Anteil von Heimbewohnern an den Klienten der MoRe sowie zu einem Qualitätssprung der Heimbetreuung)
8. Die integrierte Sozialberatung ist durch ihre Arbeit vor Ort nachhaltig effektiv für die Patienten aber auch für eine vorausschauende Pflegepolitik.

Mobile Reha in Krisen:

Pandemie

- MogeRe wurde anfangs als Besuch gewertet. Später analog ambulanter Pflege bzw. Assistenz, sofern medizinisch dringend notwendig.
- Mit Schutzvorkehrungen analog dieser Unterstützer wurden in der BAG MoRe keine sicheren Ansteckungsfälle durch More (und innerhalb der Teams) durch Hausbesuche berichtet.
- Die Situation in Pflegeeinrichtungen war stark durch die jeweilige Leitungsphilosophie geprägt. Dadurch wurde MoRe oft unmöglich. Spielräume sind vorhanden, müssen aber in Zukunft klarer durch das RKI definiert werden.

Pflegenotstand

Strategien müssen darauf zielen, die Zahl der Pflegebedürftigen und v.a. **das Ausmaß des konkreten Pflegebedarfes**, nicht zwingend eines zuerkannten Pflegegrades, zu **vermindern. Dazu gehört Rehabilitation, auch MoRe.**

Dies senkt den Bedarf in allen Pflegesettings.

Zudem können **Angehörige Pflege leichter, effektiver und befriedigender leisten.** Fachpflege wird eher anleiten, weniger regelmäßig selbst leisten.

Der Einsatz von **nichtpflegerischen Assistenzkräften kann durch More angebahnt und erleichtert werden.** (Umfangreiche Erfahrungen aus der Behindertenhilfe)

Mobile Reha in Krisen:

Fachkräftemangel

Auch More ist in allen Berufsgruppen betroffen.

Aber: **Er kann offenbar geringer als in stationären Einrichtungen und in Praxen gehalten werden:** Erfahrungen zeigen:

1. **Es werden für die Versorgung einer gleichen Zahl von Patienten eine um den Faktor 8 geringere Zahl an Pflegekräften benötigt. Der Bedarf an ärztl. Tätigkeit liegt um den Faktor 1,5 niedriger, bei den TherapeutInnen ist er gleich und trotz fehlender Gruppenbehandlungen nicht höher als im stationären Setting. Der Einsatz sozialer Arbeit ist um den Faktor 1,5 – 2 höher als im stat. Setting.**
2. Alle Fachkräfte in der MoGeRe profitieren von einer **hohen Arbeitszeitflexibilität**, auch spontan sowie mit der Tätigkeit verbundenen **Mobilität**, wichtig insbesondere für Eltern und Pflegende, ggf. auch eines flexiblen Arbeitsvolumens
3. MoRe weist in **MA-Befragungen die höchsten Zufriedenheitswerte** auf.
4. Manche MA zeigen eine ausgesprochen ausgeprägte Neigung für das Arbeiten in der Häuslichkeit. Ferner ist die Arbeit sehr abwechslungsreich und vielfältig
5. Die Tätigkeit ist durch **hohe Selbständigkeit** gekennzeichnet.

Auf Grund dieser Vorteile gelingt es der MoRe, sowohl Ärzt*innen als auch Therapeut*innen und MA*innen der Sozialen Arbeit zu gewinnen.

Eine noch verstärkt zu nutzende Chance liegt v.a. im Wiedereinstieg.

Allgemeine Strategien gegen den Fachkräftemangel sind notwendig.

Beschluss des 126. Deutschen Ärztetags (2022) zur Rehabilitation

„Die Rehabilitation ist neben der Prävention, der Kuration und der Palliation eine von vier zentralen Gesundheitsstrategien. Somit ist sie auch eine Kernaufgabe ärztlichen Handelns.

Es müssen tragfähige Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen aufgebaut werden, um effektiv Menschen mit Fähigkeitseinbußen zur Teilhabe unterstützen zu können.

So ist die verfrühte Entlassung von Patientinnen und Patienten aus Kurzzeitpflegeeinrichtungen in die rehabilitationsmedizinisch unterversorgte Häuslichkeit die Regel. Dadurch wird vorhandenes Rehabilitationspotenzial nicht genutzt und das Langzeitergebnis wesentlich beeinträchtigt.

Der 126. Deutsche Ärztetag 2022 erkennt folgerichtig das Potenzial der mobilen/ ambulanten Rehabilitation und **fordert die Selbstverwaltung auf, folgende Maßnahmen zu fördern:**

- **Flächendeckende Etablierung von mobiler aufsuchender Rehabilitation**
- Bereitstellung von Rehabilitationskompetenz zur Unterstützung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Abklärung komplexer Aufgabenstellungen
- Integration von rehabilitationskundigen Ärztinnen und Ärzten in ambulanten medizinischen und in ambulanten medizinischen und sozialen Netzwerken
- Stärkung von Konzepten der Langzeitrehabilitation mit adäquater Finanzierung.“

126. Deutscher Ärztetag (2022) zur Rehabilitation (Begründung 1)

„Die medizinische Versorgung sowohl im Krankenhausbereich als auch in der ambulanten Versorgung ist wesentlich auf die Akutbehandlung ausgerichtet. Für eine umfassend zielorientierte Versorgung und Begleitung im Genesungsprozess sind rehabilitative Konzepte jedoch in jeder Krankheitsphase wichtig.

Die medizinische Rehabilitation als sektorenübergreifendes komplexes Behandlungskonzept, wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert, ist im deutschen Gesundheitswesen strukturell lückenhaft und sollte deshalb weiterentwickelt werden.

Obwohl der Bedarf an aufsuchender Rehabilitation für bestimmte Patientengruppen inzwischen unbestritten ist und die mobile (aufsuchende) Rehabilitation eine gesetzliche Grundlage in § 40 SGB V aufweist und dazu Rahmenempfehlungen durch die Krankenkassen vorliegen, erfolgt der Ausbau dieser Rehabilitationsform außerordentlich schleppend.

Für Patientinnen und Patienten, die für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation nicht oder noch nicht in Betracht kommen bzw. bei denen sich ein Rehabilitationserfolg am ehesten in der eigenen Häuslichkeit erreichen lässt, braucht es spezielle ambulante Angebote.

Dies gilt insbesondere auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe,“

126. Deutscher Ärztetag (2022) zur Rehabilitation (Begründung 2)

„Dies gilt insbesondere auch für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe, für die der Aufbau und die Weiterentwicklung der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistigen oder schweren Behinderungen (MZEB) ...sowie der Ausbau der Sozialpädiatrischen Zentren.... eine wichtige Unterstützung wären.

Insgesamt gesehen, sind Rehabilitationskompetenzen sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch durch Rehabilitationseinrichtungen und Dienste im Sozialraum zu entwickeln bzw. zu nutzen.

Die Rehabilitationsangebote müssen in Form und Inhalt flexibler werden und auch indikationsübergreifend aufgestellt sein, um den Bedarf bei Multimorbidität zu decken.

Es fehlen zudem Strukturen und Finanzierungsmodelle für die wohnortnahe rehabilitative Langzeitversorgung. Diese Modelle gilt es nun z. B. über ambulant zu erbringende Komplexeleistungen zu entwickeln.“

(Quelle: Beschlussprotokoll DÄT 2022, Deutsche Ärztekammer)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur beim Verfasser sowie unter

www.bag-more.de

www.dvfr.de

www.reha-recht.de

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie

Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin

Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com